capítulo

05.

Personas con enfermedad mental o trastornos mentales

Vista anterior

Antecedentes

Las personas con enfermedad mental o trastornos mentales, por su **especial vulnerabilidad**, constituyen un colectivo al que el Ararteko dedica una atención singular.

Nuestro trabajo en esta área se fundamenta en la visión de la persona con enfermedad mental o trastorno mental como **ciudadana de derechos**. Ello nos lleva a poner el acento en su empoderamiento, inclusión social, rehabilitación psicosocial y participación real y efectiva.

Consideramos que la promoción de la autonomía personal y erradicación del estigma, la continuidad de los cuidados, la equidad, responsabilidad, coordinación, integración, eficiencia, así como el impulso de foros participativos y del asociacionismo de familiares y pacientes han de ser **principios** que inspiren el actuar de nuestras administraciones públicas, especialmente las del ámbito sanitario, social, educativo, de empleo, justicia y vivienda.

La misión del Ararteko es velar porque las actuaciones de dichas administraciones sean fiel reflejo de esos principios y contribuir a ello desde nuestra posición como defensoría.

1. El área en cifras

En el año 2012 se han registrado 23 nuevas quejas en el área de personas con enfermedad mental o trastornos mentales; en otros cuatro casos esta área estaba directamente concernida. Este trabajo de tramitación de las quejas se complementa con las actuaciones del área que exponemos en el apartado IV de este capítulo relativo al plan de actuación.

2. Quejas destacadas

2.1. Con motivo de la tramitación de una queja relativa a la atención ofrecida por la administración sanitaria a un joven que padece **trastorno de la personalidad**, el Ararteko ha recomendado a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud la adopción y desarrollo de programas específicos para la atención de estos trastornos emergentes –que afectan especialmente a nuestra población joven– basados en el abordaje terapéutico intersectorial y con eficacia probada, para aumentar la calidad asistencial y, por consiguiente, la calidad de vida de quienes padecen dichos trastornos y sus familias.

El Ararteko insta a poner en marcha, en el ámbito de la CAPV, una unidad especializada en trastornos de la personalidad en su modalidad de hospital de día, unidad que ya se encontraba proyectada en 2008, pero cuya implantación no había registrado ningún avance en los últimos cuatro años, a pesar de nuestros reiterados pronunciamientos a favor de dicha implantación.

Se trata de la *Resolución del Ararteko, de 23 de noviembre de 2012, por la que se recomienda a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud la adopción de una serie de medidas generales relativas a la atención de las personas con trastornos graves de la personalidad y otras medidas particulares con relación a la atención de un joven afectado*. En ella se recomiendan también otra serie de medidas dirigidas a favorecer la información a las personas afectadas y sus familias y garantizar su derecho a una asistencia sanitaria adecuada.

2.2. La intervención del Ararteko ha propiciado la derivación a la especialista en genética de una menor cuyos padres denunciaban la **demora** injustificada de dicha **derivación por parte del servicio de psiquiatría infantil** del Hospital de Santiago.

2.3. Un buen número de personas usuarias y la propia Asociación "***Módulo de Asistencia Psicosocial de Cruces***" nos mostraban su oposición a la no renovación del Convenio de Colaboración suscrito por parte del Departamento de Sanidad y Consumo con dicha asociación, lo cual podía suponer el cierre del módulo.

Si bien estos expedientes se encuentran en fase de tramitación, podemos avanzar que nuestras actuaciones han ido dirigidas a analizar si la nueva atención dispensada por la red pública de Osakidetza podía suponer un retroceso en los estándares de atención alcanzados, en aspectos tales como ratio de atención psiquiátrica, programa de atención a personas con ludopatías, programa de atención a mujeres víctimas de violencia de género, intervención familiar o erradicación del estigma.

Nuestra mayor preocupación –así trasladada al Departamento de Sanidad y Consumo– ha sido que la nueva ubicación del centro y la nueva organización del servicio, en ningún caso supongan una merma en la calidad de la atención al colectivo de personas con necesidades de asistencia psicosocial.

La decisión del Departamento se sitúa en el ámbito de su potestad de organización y la nueva estructuración se encuentra debidamente motivada. Al margen de ello, hemos de manifestar que la excelente trayectoria del módulo, con más de 30 años de servicio a nuestra administración sanitaria, así como el compromiso y profesionalidad de su equipo, hacen recomendable articular alguna suerte de continuidad de aquel, apoyada por nuestras administraciones públicas, con el fin de complementar la atención ofrecida desde la red.

Con motivo de la tramitación de estos expedientes, el Departamento ha asumido una serie de compromisos con relación a los aspectos que enumerábamos anteriormente a los que daremos oportuno seguimiento.

3. Contexto normativo y social

3.1. Las principales novedades normativas se han dado en el ámbito general de la sanidad pública (Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones y Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi) por lo que su análisis se realiza en el apartado III del capítulo II.12. relativo al área de Sanidad.

3.2. El escenario de profundos cambios en que nos encontramos inmersos, con motivo de la **grave crisis económica actual**, motiva nuestra preocupación por las posibles limitaciones en el acceso, nivel y calidad de las prestaciones sanitarias y sociales, cuya responsabilidad y gestión competen a las administraciones públicas.

La protección de las personas con enfermedad mental debe constituir una prioridad en las políticas públicas.

La OMS refiere que el **incremento de la pobreza y los recortes en el gasto público**, experimentados en Europa desde el inicio de la crisis, **han conducido a un notable detrimento de la salud mental de la ciudadanía europea**; la evidencia científica ha puesto de manifiesto que las personas que sufren recortes en sus ingresos y conflictos familiares presentan, respecto a la población en general, un riesgo significativamente mayor de padecer algún tipo de problema de salud mental; la relación entre crisis económica y salud mental es bidireccional, de tal modo que no solamente la crisis tiene un efecto negativo en la salud, incluida la salud mental, sino que los problemas en este último ámbito también tiene una repercusión grave en el desarrollo económico de los países europeos.

Todo ello pone de manifiesto la necesidad de proteger la salud mental de las y los ciudadanos, principalmente en tiempos de crisis, mediante la mejora del acceso a los servicios de salud mental, la dotación de recursos y la formación de los/as profesionales sanitarios. Algunos de los avances registrados en este sentido se recogen en el apartado IV.2 relativo al seguimiento del informe extraordinario *Atención comunitaria de la enfermedad mental*.

3.3. La Viceconsejería de Innovación Sanitaria del Gobierno Vasco ha puesto en marcha en 2012 el Comité Estratégico del Tercer Sector de Euskadi. La participación de FEDEAFES Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental en sus tres grupos de trabajo (Salud y Exclusión, Rehabilitación de Secuelas Crónicas y Discapacidad) se trata sin duda de una buena práctica impulsada por el Departamento para la participación.

4. Otras intervenciones en el marco del plan de actuación

A continuación describiremos las principales actuaciones desarrolladas por la institución durante el año 2012:

4.1. Actuaciones de oficio

La tramitación de diversos expedientes de queja en los que la persona interesada había sido internada en contra de su voluntad motivó, en febrero de 2012, la apertura de un expediente de oficio relativo al **análisis del cumplimiento de las medidas previstas en la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)** para estas situaciones.

En todos los casos, la administración sanitaria, de acuerdo con lo establecido por dicha normativa, daba cuenta del **internamiento** al tribunal competente dentro del plazo de veinticuatro horas previsto legalmente.

Detectábamos casos en los que se producía una demora por parte de la autoridad judicial con relación al máximo de setenta y dos horas pautado para ratificar la medida. Ello motivó el traslado de la cuestión a los órganos competentes, concretamente, la Fiscalía Superior de la Comunidad Autónoma del País Vasco y la Sala de Gobierno del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco. Ambas instancias acordaron la incoación de diligencias informativas.

De acuerdo con la información ofrecida por la Sala de Gobierno del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco se han adoptado las medidas oportunas con el fin de que los plazos legales sean respetados en todos los casos.

Analizábamos también si los derechos que asisten a la persona en estas circunstancias eran plenamente conocidos por ella y si esto se propiciaba adecuadamente desde nuestra administración sanitaria.

Las dudas que sobre la cuestión nos suscitan los casos analizados y el contraste realizado con profesionales de la Red de Salud Mental de Osakidetza exigen incidir en la necesidad de incluir en los protocolos sobre hospitalización involuntaria medidas que garanticen un conocimiento real y efectivo por parte de las y los pacientes de los derechos que conforme a la LEC les asisten (mediante formulario escrito en lenguaje comprensible, firma preceptiva de personal sanitario, etc.).

4.2. Seguimiento del informe extraordinario Atención comunitaria de la enfermedad mental

4.2.1. Situación de los recursos de la red sanitaria en materia de salud mental a finales de 2012 (incluimos los datos de 2010 y 2011 para observar la evolución).

Señalamos el incremento de 21 plazas en Hospital de Día y la eliminación de 10 plazas en unidades de larga estancia.

Se ha autorizado en octubre de 2012 la puesta en marcha de una Unidad de Media Estancia Infanto-Juvenil en la Red de Salud Mental de Álava de carácter supraterritorial.

4.2.2. En cuanto al proceso de desinstitucionalización, destacamos que desde enero de 2010 hasta octubre de 2012, la Red de Salud Mental de Bizkaia ha reducido el número total de sus camas de estancia prolongada ubicadas en hospitales psiquiátricos (plazas residenciales de larga estancia) de 420 a las actuales 313. En este tiempo ha reconvertido 90 camas residenciales en camas destinadas a programas de rehabilitación. Entre enero y octubre de 2012 se han cerrado 9 camas en los hospitales de Bermeo y Zaldibar.

En Gipuzkoa, la Dirección Territorial de Sanidad ha llevado a cabo dos proyectos con programas específicos para un número limitado de camas en el Hospital Aita Menni, con el fin de reducir camas de larga estancia. De las 35 plazas nuevas en minirresidencias abiertas en 2012 en el territorio guipuzcoano, en torno al 65% fueron para pacientes hospitalizados en larga estancia.

	2010 (5)	2011 (5)	2012 (5)
CSM (1) Centros de Salud Mental de personas adultas	41	41	41
CSMIJ (1) Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil	8	8	8
UHB (2) Unidades de Hospitalización Breve	8 (231)	6 (246)	6 (246)
UHBIJ (2) Unidades de Hospitalización Breve Infanto-Juveniles	3 (20)	3 (20)	3 (20)
HD Hospitales de Día de personas adultas	10 (247)	22 (821)	22 (842)
HDIJ Hospitales de Día Infanto-Juveniles	5 (45)	5 (50)	5 (50)
UME (3) Unidades de Media Estancia y de Subagudos	7 (282)	6 (286)	6 (286)
UPR Unidad de Psicosis Refractarias	1 (14)	1 (14)	1 (14)
UR Unidades de Rehabilitación	2 (84)	5 (207)	5 (207)
UL (3) Unidades de Larga estancia	13 (804)	3 (230)	3 (220)
PG (4) Psicogeriátricos	6 (155)	3 (109)	3 (109)

Fuente: Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

(1) **CSM** y **CSMI-J** en los que se engloban además las toxicomanías, los equipos que atienden específicamente a Trastornos de la Conducta Alimentaria y los que atienden a los Primeros Episodios Psicóticos.
(2) Tanto de Hospital General como en Hospital Psiquiátrico **UHB** e Infanto-Juveniles **UHBI-J**.
(3) Con diferentes denominaciones. En el caso de Gipuzkoa son concertadas.
(4) En el caso de Gipuzkoa son concertadas.
(5) Entre paréntesis, el número de plazas.

4.2.3. Por lo que se refiere a las estructuras residenciales no hospitalarias, de acuerdo con la información facilitada por Osakidetza en 2011, el número total de plazas en pisos tutelados y pisos supervisados se situaba en 468. Este año el dato ofrecido es de 332 plazas. En 2011 se cifraba en 90 el número de plazas en minirresidencias; en 2012 se registran 136 plazas. En 2011 se nos indicaba que el número de plazas en comunidades terapéuticas ascendía a 30. En 2012 nos aportan el dato de 449 plazas en comunidades y hospitales de día sin desglosar, lo cual no nos permite emitir conclusiones.

Este año se ha firmado un Acuerdo de colaboración entre el Departamento de Sanidad, Viviendas Municipales del Ayuntamiento de Bilbao, AVIFES y la Red de Salud Mental de Bizkaia para el acceso de personas con trastorno mental grave (TMG) a vivienda normalizada de alquiler social. En nuestra opinión, acuerdos de este tipo resultan ejemplares e indispensables.

4.2.4. El pasado año, aludíamos a la implantación de los programas de tratamiento asertivo comunitario en Bizkaia y en Álava. Carecíamos de información sobre este tipo de estructuras en Gipuzkoa. Este año se nos aclara que se está desarrollando un programa con criterios semejantes en la zona de Donostia. Se cuenta, además, con un programa de Tratamiento Ambulatorio Involuntario que persigue igualmente el mantenimiento del paciente con trastorno mental grave (TMG) en su medio. Por otro lado, disponen del *Proceso Singularizado de la Esquizofrenia*, con un abordaje intensivo. Un total de 320 pacientes con TMG se benefician de estos programas mediante un control más intensivo y actuaciones en la comunidad y a domicilio.

4.2.5. Este año Osakidetza ha realizado un trabajo de recopilación y análisis de documentos dirigidos, unos a profesionales y otros a pacientes y familiares, que en nuestra opinión puede resultar muy útil. El trabajo se organiza en cuatro carpetas (*Documentos generales para usar en todos los CSM*; *Consentimientos informados* para que los/as prescriptores/as entreguen a los/as pacientes adultos/as; *Guías de información sobre Tratamientos*, para uso interno de los/as prescriptores/as y *Guías sobre patologías y sobre tratamientos* para entregar a pacientes adultos).

4.2.6. En cuanto a las actuaciones llevadas a cabo con el fin de favorecer la creación de un espacio verde de dimensiones óptimas y al aire libre en el Hospital Psiquiátrico de Araba/Álava, Osakidetza nos indica que ya cuenta con el proyecto de arquitectura, ha tramitado la solicitud de licencia de obra y, a la espera de su concesión, se encuentra en disposición para comenzar la obra. Se trata de una excelente noticia por lo que esperamos que las previsiones se materialicen con la mayor brevedad posible.

4.3. Estudios

El Ararteko ha hecho público un estudio titulado ***Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: retos y oportunidades***, donde reconoce el notable esfuerzo que las administraciones públicas vascas han desarrollado en los últimos años en materia de atención y protección de la salud mental de estos colectivos especialmente vulnerables, y a su vez, pone la atención en aquellas cuestiones que requieren de nuevas iniciativas, mayor desarrollo o mejora, emitiendo las correspondientes recomendaciones.

4.4. Reuniones con asociaciones

4.4.1. Fruto de la relación que esta institución mantiene con FEDEAFES, Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, hemos conocido las principales preocupaciones que actualmente tiene este colectivo, así como los déficits y lagunas que detecta en la atención dispensada al colectivo por nuestras administraciones públicas:

- Dificultades para garantizar, en los períodos vacacionales, la continuidad asistencial y atención integral de las y los menores atendidos en los Centros Educativo Terapéuticos.
- Subrayan el excelente trabajo que viene realizando la Unidad de Atención Precoz de Psiquiatría Infanto-Juvenil de Donostia (Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa – Osakidetza). Consideran conveniente que esta metodología de trabajo y tipo de recurso pueda extenderse a los otros territorios.
- Preocupa a la Federación que el Decreto de Cartera, que se encuentra muy avanzado, pueda dejar fuera de su protección a las personas con enfermedad mental que no tienen reconocida la situación de dependencia (la aplicación del nuevo baremo está registrando disminuciones de grado y valoraciones bajas para el colectivo).
- Entienden que los supuestos de cronicidad estable no deberían estar sujetos a una continua revisión de su calificación de discapacidad.
- Necesidad de algunas infraestructuras en el Centro Psiquiátrico de Araba/Álava (jardín).
- En situaciones de ingreso no voluntario, entienden que es preciso desarrollar los mecanismos dirigidos a garantizar que la persona afectada conozca los derechos que le asisten. Consideran que la labor de la Fiscalía debería ganar protagonismo en estos procesos.
- Continúan mostrando su preocupación por las limitaciones de nuestro sistema sanitario para el abordaje de los trastornos de la personalidad. Llaman la atención sobre los problemas de diagnóstico en estos trastornos; necesidades de psicoterapia; incidencia en jóvenes y estrecha relación con suicidios e ingresos en prisión. Consideran pertinente la *Resolución del Ararteko, de 23 de noviembre de 2012* citada en el apartado II.
- Necesidad de continuar con la tarea de incorporar a familiares y asociaciones en la elaboración de planes estratégicos de hospitales y de las organizaciones de Salud mental extrahospitalaria.
- Problemas derivados de someter a la persona con enfermedad mental que se encuentra presa a procedimientos disciplinarios cuando lo procedente en estos casos es garantizar la intervención desde una perspectiva terapéutica.
- Necesidad de apoyo institucional mediante subvenciones dirigidas a la intervención con personas con enfermedad mental que se encuentran en prisión.
- Insuficiencia de recursos intermedios para hacer realidad el modelo comunitario de atención a las personas con enfermedad mental (reubicación de pacientes psiquiátricos, apoyo a las familias, etc.).
- Apuestan por el modelo de apoyo a la vida autónoma e independiente que permite responder adecuadamente a las aspiraciones y necesidades de emancipación de la persona, ofreciendo herramientas para continuar en este camino de empoderamiento con la ayuda y el acompañamiento precisos. Consideran que el apoyo institucional a este modelo ha de intensificarse.

Vista anterior

- No observan avances en el cumplimiento de la línea estratégica tercera de la Estrategia de Salud Mental de 2010, relativa a la erradicación del estigma, más allá de las actuaciones promovidas por las propias asociaciones.
- Consideran necesaria la creación de una Mesa de Trabajo en la que confluyan diversos agentes implicados en la atención y promoción de los derechos del colectivo, con el fin de impulsar políticas públicas dirigidas a la erradicación del estigma y/o el análisis de aquellas cuestiones que afectan a tal objetivo.

4.4.2. Este año hemos mantenido la dinámica de colaboración iniciada el pasado año con OME-Osasun Mentalaren Elkartea, Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Esta dinámica nos permite contar con las aportaciones de este grupo de profesionales de la psiquiatría cuya profesionalidad y actitud proactiva a favor de los derechos de las personas con problemas de salud mental son remarcables. Además, su condición de profesionales que trabajan en la Red de Salud Mental de Osakidetza, nos aporta un mejor conocimiento sobre la atención que se presta al colectivo. A continuación destacaremos sus puntos de vista sobre algunas de las cuestiones que les planteábamos:

- A pesar de los avances registrados con relación a los programas comarcales de tratamiento asertivo comunitario (TAC), destacan la necesidad de incrementar la dotación de estos equipos, especialmente atendiendo a su análisis coste-eficacia.
- Insuficiencia de plazas sociosanitarias, indispensables en procesos de rehabilitación comunitaria. La verdadera demanda puede ser incluso mayor que la registrada pues, en determinados casos, las amplias listas de espera en recursos residenciales con diferente grado de supervisión disuaden a usuarios/as potenciales de solicitar dichos recursos.

  Esta insuficiencia afecta de manera especial a colectivos especiales como personas mayores con patología psicótica y valoración de dependencia severa o moderada (no grandes dependientes), cuya atención no es asumida por los servicios de mayores; personas con patología dual o con trastornos de conducta diversos, o con patología psíquica con mayor deterioro. Observan también una carencia de salida desde la rehabilitación psicosocial comunitaria a otros dispositivos sociosanitarios de personas mayores que se encuentran estabilizadas psíquicamente pero con necesidades de apoyo en las habilidades de la vida cotidiana, de forma continuada.
- Siguen considerando deficitaria la atención actual a los trastornos de la personalidad y muestran su preocupación por las limitaciones de nuestro sistema sanitario para el abordaje de los trastornos de la personalidad. En tal sentido, consideran pertinente la *Resolución delArarteko, de 23 de noviembre de 2012* citada en el apartado II. Llaman la atención sobre la necesidad de formación específica de profesionales para el abordaje de estos trastornos.
- Reiteran la necesidad de crear la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil (competencia estatal) sin más demora.
- Es precisa una mayor y mejor comunicación/coordinación entre los centros de salud mental y las unidades de agudos, en general, así como entre aquellos y la Atención Primaria. No obstante –afirman– se han dado algunos pasos en este sentido.
- El desarrollo de programas y dispositivos en salud mental infantojuvenil en Euskadi, es desigual. Mientras que en Bizkaia (y en menor medida en Gipuzkoa) el volumen de recursos es relativamente aceptable, Araba/Álava es el único territorio de la CAPV sin estructuras intermedias en Psiquiatría Infantil:
  - No hay Hospital de Día (o de tarde, que es lo habitual en infantil para compatibilizarlo con el horario escolar).
  - No hay estructuras asistenciales para el autismo y los trastornos generalizados del desarrollo (TGD): ni sanitarias (sólo las consultas ambulatorias de la USMI-J) ni sociales (en Bizkaia y Gipuzkoa las asociaciones de Autismo y TGD cubren, concertadas, buena parte de lo asistencial).
- Aluden a que en Araba/Álava se carece de talleres ocupacionales y que un proyecto de taller ha quedado en suspenso pese a ser preciso.
- Por otro lado, profesionales de la red de salud mental de Araba/Álava aluden a las dificultades que supone que la asignación de recursos sociales se realice de acuerdo con la valoración de dependencia, pues se están registrando revisiones y valoraciones "bajas", así como disminuciones de grado como consecuencia de la aplicación del nuevo baremo. Señalan también que los tiempos de servicios sociales cuando es preciso actuar con urgencia (salida de casa de la persona, salida del hospital, etc.) son lentos y en muchos casos los recursos no llegan a estas personas porque no cumplen los criterios. La respuesta que se da desde el ente foral es que están aplicando estrictamente el baremo.
- Nos trasladan que la carencia principal, expuesta en el "Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi", sigue siendo la ausencia de hospitales de día estrictamente sanitarios. La práctica totalidad de los responsables de programas de atención infantojuvenil de los tres territorios y el Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi ha mostrado su desacuerdo con la apertura de una Unidad de Media Estancia Infanto-Juvenil en la Red de Salud Mental de Álava de carácter supraterritorial y ha insistido en la conveniencia de contar con recursos intermedios (hospitales de día).
- Nos plantean la problemática que surge en el encuentro clínico con personas pertenecientes a culturas diferentes a la propia. El primer obstáculo reside en el propio acceso de la persona inmigrante a la administración sanitaria. A menudo, la falta de empadronamiento dificulta la derivación al correspondiente CSM. En segundo lugar, se registran los problemas derivados de las dificultades de comunicación por desconocimiento del idioma (lo que puede incluso situarnos en un escenario de problemas en el diagnóstico y en el tratamiento).

La ausencia de formación y recursos del personal sanitario en cuanto al conocimiento de las claves culturales (la llamada "falacia categorial") puede llevar en ocasiones a errores de diagnóstico.

El doble estigma que puede padecer este tipo de pacientes genera disfunciones en las unidades de agudos, tanto en el ingreso como en el momento del alta, detectándose también problemas en la farmacología y tratamientos posteriores (se registran numerosos abandonos).

La ausencia de un tejido familiar y social como red de apoyo y la situación de exclusión social que a menudo converge en estas personas no favorecen en modo alguno su rehabilitación ni la continuidad de cuidados (se registran numerosos casos de personas con un diagnóstico de psicosis grave sin hogar).

4.4.3. Este año hemos iniciado una dinámica de colaboración con ASVAR Asociación Vasca para la Rehabilitación Psicosocial y varios profesionales de la Red de Salud Mental de Araba/Álava. Al igual que en el caso anterior, contar con la colaboración de profesionales de la psiquiatría, la psicología y el trabajo social cuya profesionalidad y actitud proactiva es remarcable contribuye a que nuestra intervención sea más acertada. Al tratarse también de profesionales que trabajan en la Red de Salud Mental de Osakidetza, se enriquece nuestro conocimiento sobre la atención que se presta al colectivo.

Coinciden con las valoraciones realizadas por OME reseñadas en el apartado anterior y nos ofrecen su punto de vista sobre otras cuestiones:

- Serias dificultades registradas con relación a la coordinación existente entre los servicios sociales forales y Salud Mental (Osakidetza) en Araba/Álava. En el caso de las personas con enfermedad mental, el recurso social que se pauta tiene una extraordinaria incidencia en el tratamiento, rehabilitación y calidad de vida de la persona; corresponde a la función rehabilitadora como parte del tratamiento social que complementa al propiamente médico. Sin embargo, la decisión de adjudicar uno u otro recurso no viene siendo el resultado de una adecuada coordinación e integración entre el ámbito social y el sanitario, con las negativas consecuencias que de ello pueden derivarse para la persona afectada.

  Plantean la posibilidad de que las sugerencias realizadas desde la red de Salud Mental sobre el recurso idóneo para la persona pesen de manera notable en la adopción de la decisión final; se trata de personas que, en muchos casos, vienen siendo atendidas por la red durante un largo período de tiempo (varios años, en su mayoría); resulta imprescindible, pues, que el diagnóstico social tenga en cuenta el diagnóstico clínico.

- Reclaman un modelo semejante al que se da en el territorio histórico de Gipuzkoa, donde han podido conocer, de primera mano, la coordinación e integración existente entre los servicios sociales forales y la red de Salud Mental, propiciada, en buena medida, por tres factores: la herramienta informática diseñada conjuntamente entre la Diputación Foral y los servicios de salud mental del territorio guipuzcoano; el hecho de que el referente del caso sea el o la trabajadora social de la Red de Salud Mental y el consenso entre los dos ámbitos –social y sanitario– para elaborar el diagnóstico social.

- Están recibiendo negativas por parte del ente foral a realizar la valoración de discapacidad de personas con discapacidad intelectual que finalmente son atendidas por la Red de Salud Mental con motivo de trastornos conductuales u otros procesos añadidos. El motivo alegado por el ente foral es que la discapacidad intelectual no les fue diagnosticada antes de los 21 años.

- Los alojamientos para personas con enfermedad mental en Araba/Álava, en su mayoría, carecen de las condiciones adecuadas.

- El dinero de bolsillo que les queda a las personas con enfermedad mental que se encuentran en alojamientos supervisados y conveniados por el Instituto Foral de Bienestar Social-IFBS (salvo en el piso socioeducativo de jóvenes) resulta exiguo para hacer frente a las necesidades de vestido, higiene, desplazamientos, temas médicos, actividades de rehabilitación, actividades deportivas o vacaciones terapéuticas.

- Recientemente están observando que a las personas perceptoras de PECEF se les están exigiendo ciertos compromisos y actividades que chocan con las prescripciones del ámbito sanitario y generan disfunciones. Sería precisa de nuevo una adecuada coordinación entre los dos ámbitos.

- Con relación a los cambios producidos en el marco asistencial general destacan la disminución de la retribución del personal sanitario, el alargamiento de su horario laboral, reducción en la percepción de la ILT, la implantación de genéricos y la restricción en las sustituciones.

- Destacan los problemas de liquidez con los que se está encontrando buena parte de entidades del tercer sector. También refieren problemas en el campo del empleo protegido (déficits de responsabilidad social, etc.).

- En Araba/Álava también se han abierto nuevas plazas de alojamiento en los últimos dos años, pero el personal carece de cualificación y formación en salud mental. Refieren que la Diputación no acaba de publicar la normativa para que se pueda acceder a las subvenciones. En relación con la adjudicación de plazas, se llevan a cabo según el BVD, lo que además de no reflejar fielmente las necesidades de este colectivo, ralentiza su adjudicación, dándose una situación de plazas libres con una lista de espera notable. Esto va en detrimento de las entidades que disponen de plazas sin cubrir.

- Denuncian la ralentización de procesos de desinstitucionalización ante dificultades de acceso de pacientes a recursos vinculados a la dependencia aunque se prevé que la cuestión va a ser retomada.

Vista anterior

4.5. Otras actuaciones

4.5.1. Las **XXVII Jornadas de Coordinación de las Defensorías del Pueblo** celebradas en Zaragoza los días 19 y 20 de junio de 2012 versaron sobre *Protección de las Personas con Enfermedad Mental*.

El primero de los talleres de trabajo, celebrado en Madrid el 9 de febrero y coordinado por el Defensor del Pueblo, abordó el tratamiento penal, procesal y penitenciario de la persona con enfermedad mental y generó el correspondiente documento de consenso.

El segundo, que tuvo lugar en Sevilla el 15 de marzo y fue coordinado por el Defensor del Pueblo Andaluz, analizó los tratamientos involuntarios en el ámbito de la Salud Mental desde una perspectiva jurídica; las conclusiones se plasmaron en un segundo documento que fue aprobado por el conjunto de las defensorías.

El tercer taller, sobre colectivos especiales de jóvenes y mayores, fue coordinado por el Ararteko y se celebró en Vitoria-Gasteiz el 23 de marzo. El documento de consenso recoge un diagnóstico de la situación en el ámbito estatal, las conclusiones sobre la materia y las recomendaciones emitidas por las defensorías.

Estos talleres permiten, de un lado, intercambiar herramientas que favorezcan el trabajo de las defensorías en la defensa de los derechos de estas personas, reflexionar sobre la materia, compartir conocimiento y, de otro, la aprobación de conclusiones y recomendaciones dirigidas a las administraciones públicas.

4.5.2. El Ararteko participó el pasado 11 de octubre en la III Jornada Técnica de la Fundación ARGIA (fundación cuya misión es la puesta en marcha actividades asistenciales y servicios para la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por enfermedades mentales crónicas y trastornos psíquicos) con la ponencia *Atención en recursos comunitarios a las personas que sufren Trastorno Mental Grave*. En ella analizamos la evolución que ha registrado la atención dispensada a las personas con TMG desde que en el año 2000 la institución publicara su informe extraordinario *Atención comunitaria de la enfermedad mental.*

4.5.3. El Ararteko participó como uno de los agentes clave en el **Seminario de diagnóstico de la situación y propuestas de actuación** celebrado el 9 de noviembre y organizado por FEDEAFES, sobre la realidad del estigma social de las personas con enfermedad mental.

4.5.4. Los días 3 y 4 de diciembre el Ararteko participó en las Jornadas de Seguimiento de la Aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño en España organizadas por la Plataforma de Organizaciones de Infancia con la ponencia *Un breve recorrido por la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko*.

5. Valoración del estado de los derechos ciudadanos

5.1. Las personas con enfermedad mental constituyen un grupo de población especialmente vulnerable, con mayores dificultades para el acceso a los recursos públicos. Son, sin embargo, **miembros de pleno derecho** de la comunidad a la que pertenecen, lo que obliga a los poderes públicos a garantizar las condiciones que posibiliten un efectivo ejercicio de los derechos de los que son titulares.

Ello exige que la actuación a favor de este colectivo incluya todas aquellas cuestiones que permitan su **efectiva integración en la comunidad**: alojamiento, educación, empleo, suficiencia económica, eliminación del estigma, participación, etc.

5.2. A pesar de que los avances han sido notables en los últimos años, se registra una **insuficiencia o falta de apoyo institucional a las estructuras intermedias de rehabilitación** en el ámbito de la salud mental (hospitales/centros de día, recursos de alojamiento con distinto grado de supervisión, centros ocupacionales, comunidades terapéuticas, clubes sociales y recursos de rehabilitación psicosocial), algo que venimos señalando en los últimos años y que hemos recogido también en el Estudio que se describe en el punto IV.2.

Esta insuficiencia supone un grave obstáculo para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental o en unidades de hospitalización de corta estancia; para garantizar la correcta implementación de programas de atención psiquiátrica (como los dirigidos a personas sin hogar, por ejemplo) o para el desarrollo de procesos de desinstitucionalización.

Para hacer frente a esta problemática resulta urgente reforzar la puesta en marcha de iniciativas que favorezcan los acuerdos entre las diferentes administraciones concernidas (administración sanitaria, de servicios sociales y de vivienda) con la consiguiente implicación de los niveles autonómico, foral y municipal.

5.3. El notable incremento de quejas relativas a la **disconformidad con el resultado de las valoraciones de dependencia y las numerosas revisiones a la baja** registradas en personas con enfermedad mental, con especial incidencia en el territorio alavés, nos preocupa de manera especial, máxime si tenemos en cuenta la percepción manifestada por las y los profesionales sanitarios o del trabajo social de la Red pública de Salud Mental, con los que tenemos oportunidad de contrastar nuestra información, sobre gradaciones difícilmente comprensibles a la vista de las necesidades de apoyo y supervisión de las personas valoradas.

En todos estos casos el ente foral alavés manifiesta que ello es el resultado de una correcta aplicación del nuevo baremo de valoración de la dependencia estatal el cual, en su opinión "*corrige disfunciones manifiestas del instrumento de valoración anterior, haciendo más real y ajustada a la realidad de las personas valoradas, la consideración de su situación de dependencia".*

Consideramos urgente que las administraciones concernidas se replanteen (con vistas a la publicación del Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales) los requisitos de acceso a las prestaciones y servicios de atención a las personas con problemas de salud mental, pues la exigencia de una determinada gradación de dependencia podría arrojarnos a un escenario de desatención nada deseado. En tal sentido, resulta oportuno situar el acceso a dichas prestaciones y servicios a partir de la situación de riesgo de dependencia, situación que habrá de ser valorada por el instrumento que se considere más fiable. En cualquier caso, tal herramienta habrá de permitir valorar adecuadamente todas las situaciones de riesgo de dependencia, con especial mención de las motivadas por la enfermedad mental, incorporando nuevas dimensiones relacionadas con la autonomía personal, la participación y la comunicación.

5.4. Seguimos recibiendo quejas por **disconformidad con el tratamiento farmacológico pautado u otras medidas restrictivas establecidas con fines terapéuticos**. Se trata de cuestiones técnico-médicas que, dada su naturaleza, no corresponde valorar a esta institución; sin embargo, en estos casos, llevamos a cabo actuaciones para comprobar que los derechos que asisten a la persona como paciente están siendo respetados durante ese tratamiento o para informarle sobre la posibilidad de solicitar una segunda opinión médica de acuerdo con el contenido de Decreto 149/2007, de 18 de septiembre, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario de Euskadi.

Además, en estos casos, hemos percibido una gran receptividad por parte de las y los especialistas en psiquiatría de la Red de Salud Mental de Osakidetza y una excelente disposición para adecuar sus prescripciones a las necesidades y demandas del/a paciente.

Este tipo de situaciones pone de relieve la gran utilidad de las recomendaciones del Comité de Ética Asistencial en Salud Mental de la Red de Salud Mental de Araba/Álava y de las guías de práctica clínica; subraya, además, la relevancia del consentimiento informado, así como la necesidad de aplicar los protocolos que sobre medidas restrictivas de la libertad del paciente han sido elaborados y actualizados por la Red de Salud Mental de Araba/Álava, y que cuentan con el visto bueno del comité referido.

5.5. Detectamos déficits en la coordinación sociosanitaria que deben ser subsanados, en especial, en el territorio alavés y en las actuaciones a favor de la erradicación del estigma (en toda la CAPV).

5.6. Sigue estando pendiente de llevar a cabo la desinstitucionalización de los/as pacientes del Hospital Psiquiátrico por parte de la Diputación Foral de Araba/Álava.

5.7. Se hace preciso incorporar la perspectiva transcultural en la atención y promoción de la salud mental. El recurso con el que se cuenta en la actualidad para la traducción del idioma (servicio telefónico) no garantiza, en nuestra opinión una adecuada e integral atención. Parecería oportuno que en estos casos, en los que la alianza terapéutica es crucial para la recuperación, se contara de manera presencial con un mediador cultural para asegurar la completa comprensión mutua.

Vista anterior